Frauenarztpraxis Dr. Kathrin Hodak, Tecklenburger Str. 16, 49525 Lengerich

Patienteneinwilligung in die Datenweitergabe

Sehr geehrte Patientin,
seit dem neuen Datenschutzgesetz dürfen wir Ihre Daten nur dann weitergeben, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages und zur Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. Arztbriefe), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern.
Auch um Ihnen ein Service-Angebot (Recall für Vorsorgen und notwendiger Kontrolluntersuchungen oder Impfungen) anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung.. Für dieses Service-Angebot ist die Einwilligung freiwillig und das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Hiermit erkläre ich, _____
Name, Vorname Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu **folgenden Zwecken** verwendet und an **folgende Stellen** weitergeleitet werden: (bei Nichtzutreffen bitte streichen)

→ Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können. Bei Privatleistung Abrechnungszentren des Labors (Anschrift auf Wunsch zu erfragen)
→ mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, ggf. Physiotherapeuten
→ Befundmitteilung
→ Onlinerezeption, Kontakt über Email _____(Emailadresse freiwillig)
→ Terminerinnerung (freiweillig)
→ Recall (freiwillig) per Brief, Telefon _____(Telefonnummer freiwillig)
oder Email _____(Emailadresse freiwillig)

Ich bin damit einverstanden, dass **Rezepte, Überweisungen, etc. von folgenden Personen in meinem Namen** abgeholt werden dürfen (freiwillige Angabe):

_____

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich **folgende Personen** (z.B. bestimmte Familienangehörige, Betreuer) telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten und Befunde geben dürfen (freiwillige Angabe):

_____

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckter Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei der genannten Einrichtung beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Lengerich, 07.10.2026 _____
(Ort/Datum/Unterschrift)